

Distúrbios do manguito rotador

Os problemas do manguito rotador vão desde tendões irritados até uma ruptura completa, e geralmente causam dor na parte de cima e na lateral do ombro.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A dor do manguito rotador geralmente fica na parte da frente ou na lateral externa do ombro. Ela pode se espalhar para baixo, em direção ao meio do braço. Levantar o braço acima da cabeça, esticar o braço para alcançar uma prateleira ou levantar algo com o braço afastado do corpo tende a piorá-la. Muitas pessoas percebem a dor principalmente à noite, e ela pode acordar você ou dificultar dormir sobre esse lado. Algumas pessoas também a sentem logo pela manhã.

A dor muitas vezes começa aos poucos, sem nenhuma lesão que você consiga identificar, especialmente se você faz muito trabalho ou esporte com os braços acima da cabeça. Em outros casos, ela surge de repente após uma queda ou um esforço, com dor e fraqueza imediatas. A fraqueza é uma parte central do problema. Você pode ter dificuldade para levantar o braço para o lado, mantê-lo erguido ou girá-lo para fora. Tarefas do dia a dia, como pendurar roupas para secar, alcançar algo atrás de você ou levantar uma chaleira, podem ficar difíceis ou dolorosas.

O padrão dos seus sintomas pode variar. Algumas pessoas têm dor leve a moderada com movimentos acima da cabeça e apenas dor noturna ocasional. Outras têm dor constante, dor noturna, fraqueza e rigidez, tudo ao mesmo tempo. Se o problema existe há muito tempo, os músculos ao redor da escápula podem perder um pouco de volume, e a articulação pode ficar rígida ou ranger.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar o braço, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação por um especialista.

O que realmente está acontecendo

O seu manguito rotador é uma camada de quatro tendões que envolvem a articulação do ombro e se prendem à parte de cima do osso do braço. Eles trabalham juntos como os cabos de sustentação que mantêm uma barraca de pé. Toda vez que você levanta o braço, esses tendões puxam a bola da articulação firmemente para dentro do soquete, para que o braço se mova suavemente em vez de oscilar.

O problema geralmente começa no espaço acima dos tendões. Uma pequena saliência de osso e um ligamento formam um arco sobre a parte de cima do ombro, e um saco fino cheio de líquido fica entre o arco e os tendões para que eles possam deslizar. Com movimentos repetidos acima da cabeça, ou à medida que o tendão envelhece, os tendões podem ficar comprimidos e sofrer atrito sob esse arco. As fibras do tendão se desfiam como uma corda que se desgasta contra uma borda áspera. Com o tempo, o desgaste pode se transformar em uma ruptura parcial e, depois, em uma ruptura que atravessa o tendão por completo.

Os tendões também têm uma área com pouco suprimento de sangue, perto de onde se prendem ao osso do braço. Um tecido com pouco fluxo de sangue cicatriza lentamente, e é por isso que essas rupturas muitas vezes não melhoram sozinhas. À medida que uma ruptura cresce, o músculo ligado a ela pode atrofiar e ficar infiltrado por gordura, e quanto mais tempo uma ruptura fica sem tratamento, mais difícil é repará-la.

O problema faz parte de um espectro. Ele começa com irritação e atrito sob o arco, passa por rupturas parciais e depois completas e, nos casos de longa data, termina com a bola subindo porque nada a mantém no lugar, o que desgasta a articulação. As rupturas são classificadas pelo tamanho, de pequenas (menos de 1 cm) a maciças (maiores que 5 cm ou envolvendo dois tendões). Rupturas maiores tendem a causar mais fraqueza e têm maior probabilidade de precisar de cirurgia.

Às vezes, em vez disso, formam-se cristais de cálcio dentro do tendão. Isso pode ser muito doloroso por um tempo, mas geralmente melhora sozinho.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na consulta, colhemos o seu histórico clínico, examinamos o seu ombro e solicitamos exames de imagem quando necessários. Depois, analisamos as opções junto com você.

O primeiro passo costuma ser mudar a forma como você usa o ombro e dar tempo para o tendão se acalmar. Isso significa poupar o ombro dos movimentos que o agravam e adaptar o trabalho ou o esporte por um tempo. A fisioterapia é a base do tratamento não cirúrgico. Ela tem como objetivo restaurar o movimento do ombro, fortalecer os músculos que estabilizam a escápula e fortalecer o próprio manguito rotador. Um período de 6 a 12 semanas é uma tentativa razoável. Para muitas pessoas com uma ruptura de espessura total, essa abordagem é suficiente: o tratamento não cirúrgico tem sucesso em 60% dos pacientes, e em 75% após 2 anos. A maioria das rupturas de espessura parcial também melhora sem cirurgia.

Analgésicos e comprimidos anti-inflamatórios (AINEs) podem ajudar você a se manter ativo enquanto o tendão se acalma. Uma injeção de cortisona no espaço acima do tendão pode aliviar a dor, embora as evidências a seu favor nos problemas do manguito rotador sejam limitadas, e avaliamos isso com cuidado se houver a possibilidade de cirurgia mais adiante. As injeções de PRP (um preparado feito a partir do seu próprio sangue) não demonstraram benefício claro a curto prazo na doença crônica do manguito rotador. Na tendinite calcificada, em que se formam cristais de cálcio dentro do tendão, há mais opções: injeção de corticoide com fisioterapia, terapia por ondas de choque (que direciona ondas sonoras ao cálcio), lavagem do depósito com agulha guiada por ultrassom ou lavagem do tendão por artroscopia.

A cirurgia entra em cena quando o tratamento não cirúrgico não trouxe melhora suficiente, ou quando a ruptura é aguda e de espessura total. A operação padrão é uma reparação minimamente invasiva (artroscópica), na qual o tendão é costurado de volta ao osso com o auxílio de uma câmera introduzida por pequenos cortes. Algumas rupturas são mais bem tratadas com reparação, outras com a limpeza do tendão (desbridamento); nas rupturas parciais, as que envolvem mais de 50% da largura do tendão geralmente são reparadas, e as menores são desbridadas. Vamos conversar sobre o que o seu exame de imagem e o exame físico mostram e decidir juntos se a cirurgia é o próximo passo certo para você.

O que esperar

A dor do manguito rotador tende a ir e voltar. Ela muitas vezes melhora por um tempo e depois volta a piorar, e o desgaste por baixo continua avançando lentamente com o tempo. Em uma ruptura de longa data deixada sem tratamento, a própria articulação pode acabar se desgastando. A maioria dos problemas do manguito rotador responde bem ao tratamento sem cirurgia, e você já leu com que frequência isso funciona nas rupturas de espessura total.

Se você seguir o caminho não cirúrgico, a melhora costuma se construir ao longo do primeiro ano e depois se estabiliza. Muitas pessoas percebem a mudança como a capacidade de fazer mais com menos dor, como alcançar coisas acima da cabeça ou voltar a dormir sobre esse lado. A sua própria convicção de que a fisioterapia vai ajudar é um dos fatores que mais preveem se ela vai funcionar. A dor e o tempo que você tem sintomas não nos dizem a gravidade da ruptura; portanto, um ombro dolorido nem sempre significa uma ruptura grande, e um ombro sem dor nem sempre significa uma ruptura pequena.

As rupturas podem crescer mesmo sem sintomas. Entre as rupturas que causam sintomas, 53% aumentam ao longo de pelo menos 6 meses, e 48% das acompanhadas por pelo menos 18 meses crescem. O crescimento é mais provável depois dos 60 anos, ocorrendo em 54% das rupturas, em comparação com 17% nas pessoas mais jovens. Mesmo as rupturas que não causam nenhuma dor crescem em cerca de metade dos casos, geralmente em cerca de 2,8 anos. Uma ruptura que cresce pode ficar mais difícil de reparar depois, e isso é parte do motivo pelo qual fazemos acompanhamento em vez de simplesmente esperar.

Se a cirurgia for o caminho certo, a maioria das pessoas melhora de forma constante ao longo dos primeiros 6 meses após a reparação, e os ganhos continuam depois disso. O próprio tendão reparado faz a maior parte da sua cicatrização nesses primeiros 6 meses, que é o período em que a reparação corre mais risco. Cerca de 20% das reparações falham e o tendão volta a romper, e rupturas maiores têm maior probabilidade de que isso

aconteça. A cicatrização é menos provável com a idade mais avançada, tabagismo, diabetes, osteoporose (ossos finos), colesterol alto ou uma ruptura maior e mais retraída.

Em rupturas muito grandes e de longa data com artrose já presente na articulação, o tratamento visa principalmente o alívio da dor, e os resultados geralmente não são tão bons quanto nas rupturas menores.

Quando procurar ajuda médica

A maior parte da dor no ombro neste caso é um problema mecânico, por isso os sinais de alerta dizem respeito ao comportamento da dor e ao que o seu braço ainda consegue fazer. Consulte o seu médico de família se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar o braço. Peça uma avaliação por um especialista mais cedo se notar fraqueza real, como não conseguir levantar o braço para o lado ou mantê-lo erguido, especialmente após uma queda ou um esforço. Dor noturna combinada com fraqueza depois dos 65 anos é um forte indício de ruptura do manguito, por isso mencione as duas juntas. Dor na parte da frente do ombro, ou dor que surgiu sem nenhuma lesão após meses de trabalho com os braços acima da cabeça, também merece ser examinada. Se houver suspeita de ruptura, mas o quadro não estiver claro, o seu médico de família ou especialista pode usar testes simples no consultório e, às vezes, uma injeção anestésica no espaço acima do tendão, para descobrir se o tendão está parcial ou totalmente rompido.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre seu próprio tratamento. Os distúrbios do manguito rotador merecem essa leitura adicional devido a um dado epidemiológico que redefine a interpretação de todos os laudos de exames: as rupturas do manguito são tão comuns em pessoas assintomáticas que a sua presença não indica necessariamente que elas estejam causando sua dor.

A RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR É UM ACHADO NORMAL COM O ENVELHECIMENTO

Ao analisar **6.112** ombros, constatou-se que a prevalência de anomalias no manguito rotador em pessoas **asintomáticas** é tão alta que **a degeneração do manguito rotador deve ser considerada um aspecto comum do envelhecimento humano normal**; além disso, esse índice é suficiente para **dificultar a identificação de quando uma anomalia é nova ou a causa dos sintomas** [1].

Trata-se de uma afirmação excepcionalmente direta vinda de uma revisão sistemática, e ela deve influenciar a forma como interpretamos os laudos de exames de imagem. Uma ruptura detectada na ressonância magnética não é, necessariamente, a explicação para a sua dor; ela pode estar presente há anos, sem causar sintomas, como ocorre na grande maioria das pessoas da sua idade que não apresentam queixas relacionadas ao ombro.

A consequência clínica disso é que o diagnóstico depende da concordância entre o exame físico, o histórico clínico e as imagens, e não apenas das imagens em si. É também por esse motivo que tratar apenas o resultado do exame, e não o paciente, constitui um erro comum nesse contexto.

A CIRURGIA AJUDA, E A MAGNITUDE DO BENEFÍCIO É O PONTO RELEVANTE

Para rupturas degenerativas de espessura total, a cirurgia realmente apresenta melhor desempenho em relação às demais opções. Em um estudo com **677** pacientes, **a reparação cirúrgica gerou resultados significativamente melhores em comparação tanto ao tratamento conservador quanto à descompressão subacromial isolada**, especialmente em pacientes mais idosos; os autores ainda ressaltam que **a magnitude da diferença entre a cirurgia e o tratamento conservador** merece atenção [2]. Outra comparação envolvendo **269** pacientes revelou diferenças estatisticamente significativas a favor da cirurgia tanto nos escores de Constant quanto nos escores de dor após um ano [3].

Portanto, a reparação cirúrgica é a melhor opção; contudo, os autores do estudo mais abrangente têm o cuidado de enfatizar a magnitude do efeito, e não apenas a direção da melhoria. Uma diferença pode ser estatisticamente relevante, mas ainda assim menor do que o paciente seria capaz de perceber. Por esse motivo, a escolha da terapia permanece uma decisão ponderada, e não óbvia – especialmente para pacientes com exigências modestas ou cuja ruptura tem baixa probabilidade de ser reparada.

O EXERCÍCIO NÃO É UM TRATAMENTO ÚNICO; O TIPO DE EXERCÍCIO PARECE SER IMPORTANTE

O tratamento não cirúrgico é geralmente descrito simplesmente como “fisioterapia”, o que mascara uma constatação real. Ao comparar **sete** tipos de exercícios em **947** pacientes, verificou-se que **o treinamento de fortalecimento concêntrico teve o melhor desempenho** tanto no alívio da dor quanto na melhora da disfunção do ombro; já o **fortalecimento excêntrico e os exercícios de controle motor** são alternativas quando o treinamento concêntrico não é indicado [4].

Isso é importante saber, pois transforma a afirmação “Eu fiz fisioterapia, mas não ajudou” em uma pergunta: o que exatamente foi feito, por quanto tempo, e se tratou de um programa progressivo de fortalecimento ou apenas de folhetos com exercícios de alongamento.

A CIRURGIA QUE PODE SER ADICIONADA, MAS NÃO É NECESSÁRIA

A acromioplastia, que consiste em desgastar o osso na face inferior do acrômio, é frequentemente realizada juntamente com a reparação do manguito rotador, com o argumento de que elimina uma fonte de impingimento na área da reparação.

Contudo, as evidências não sustentam essa adição. Em **373** pacientes, **não houve diferença estatisticamente significativa nos resultados subjetivos após a reparação artroscópica do manguito rotador, com ou sem acromioplastia** em acompanhamento intermediário [5].

Caso essa cirurgia seja proposta como complemento à sua reparação, é razoável questionar a necessidade dela.

REFERÊNCIAS

- [1] Teunis T, Lubberts B, Reilly BT, Ring D. Uma revisão sistemática e análise agregada da prevalência da doença do manguito rotador com o aumento da idade. J Shoulder Elbow Surg. 2014;23(12):1913-21. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.08.001>
- [2] Schemitsch C, Chahal J, Vicente M, Nowak L, Flurin P, Lambers Heerspink F, et al. Reparo cirúrgico versus tratamento conservador e descompressão subacromial no tratamento das rupturas do manguito rotador: uma

meta-análise de ensaios randomizados. Bone Joint J. 2019;101-B(9):1100-6. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B9.BJJ-2018-1591.R1>

[3] Piper CC, Hughes AJ, Ma Y, Wang H, Neviaser AS. Tratamento operatório versus não operatório para a gestão das rupturas completas do manguito rotador: uma revisão sistemática e meta-análise. J Shoulder Elbow Surg. 2018;27(3):572-6. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2017.09.032>

[4] Zhang W, Du M, Xia L, Hao F, Tian M. Efeitos de sete tipos de exercícios no tratamento da dor shoulder relacionada ao manguito rotador: uma meta-análise em rede. J Orthop Surg Res. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06514-4>

[5] Chahal J, Mall N, MacDonald PB, Van Thiel G, Cole BJ, Romeo AA, et al. O papel da descompressão subacromial em pacientes submetidos a reparo artroscópico de rupturas completas do manguito rotador: uma revisão sistemática e meta-análise. Arthroscopy. 2012;28(5):720-7. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2011.11.022>